


  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	<i>Codice:</i> PR.SQ.12
		<i>Rev.:</i>
		<i>Rif. Doc.Sup.:</i> PR.SQ.00
		Pagina 1 di 30

1. INTRODUZIONE	2
2. ELEMENTI DI CONTESTO	5
3. LA NOSTRA VISIONE.....	5
4. LA NOSTRA MISSIONE.....	6
5. I NOSTRI VALORI.....	6
6. ASSETTO ORGANIZZATIVO IN AMBITO DI GESTIONE DEL RISCHIO E DI SICUREZZA DELLE CURE.....	7
7. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E REGIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	9
8. SICUREZZA DEI PAZIENTI, FAMILIARI E OPERATORI	11
9. DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO	11
9.1 INCIDENT REPORTING.....	11
9.2. SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE.....	14
9.3. SCHEDA DI SEGNALAZIONE CASI DI ALLONTANAMENTO	16
9.4. SEGNALAZIONE DI INCIDENTE O MANCATO INCIDENTE RIGUARDANTE I DISPOSITIVI MEDICI.....	18
9.5. SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI EPISODIO DI VIOLENZA SUL LAVORO	21
9.6. SCHEDA MODULO DI RECLAMO/SEGNALAZIONE.....	23
9.7. SINISTRI.....	27
9.8 INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	29

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 2 di 30

ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA

1. INTRODUZIONE

Con la Legge n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli), entrata in vigore il 1° aprile 2017, “la sicurezza delle cure” è considerata parte costitutiva del diritto alla salute.

La suddetta Legge:

- **all’art.1 comma 2 precisa che:** *“la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative”.*

La sicurezza del paziente è dunque una dimensione della qualità dell’assistenza sanitaria che garantisce, attraverso l’identificazione, l’analisi e la gestione dei rischi connessi all’erogazione delle prestazioni sanitarie, la progettazione e l’implementazione di sistemi operativi e processi, il contenimento della probabilità di errore, dei potenziali rischi e dei conseguenti possibili danni ai pazienti.

Per il perseguimento di questo fine è stata istituita in ogni Struttura Sanitaria la funzione di facilitatore Risk Management con il compito di aumentare la sicurezza delle prestazioni; migliorare l’outcome, favorire l’uso appropriato delle risorse e, indirettamente, un abbassamento dei costi attraverso la riduzione degli eventi avversi e della loro potenzialità di danno.

Essendo che la gestione del rischio è efficace in misura proporzionale alla sua integrazione a tutti i livelli organizzativi e alla promozione di una cultura sensibile al tema, è stato necessario sviluppare un approccio strutturato per la gestione del rischio orientato al controllo della vulnerabilità organizzativa attraverso la progettazione di sistemi che prevenivano l’errore; attuare la stesura di procedure/documenti che rendano l’errore visibile in modo da poterlo intercettare e disciplinare un intervento immediato da mettere in atto per mitigarne gli effetti, nel caso l’errore non sia stato intercettato.

- **All’art. 2 prevede che** le strutture sanitarie pubbliche e private predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle conseguenti iniziative messe in atto e che la relazione venga pubblicata nel loro sito internet.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 3 di 30

Tale indirizzo richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private attivassero un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management).

Il Decreto Ministeriale del 29 settembre 2017, che ha istituito l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità con il compito di coordinare e favorire l'implementazione dei programmi e il raccordo tra le Regioni e i diversi attori nazionali coinvolti (oltre al Ministero, ISS, AIFA, AGENAS stessa, Regioni, Università, Ordini professionali, Società scientifiche, Associazioni di cittadini, ecc.), ha chiarito ulteriormente che, ai fini della sicurezza delle cure, sono di interesse sia gli eventi causativi di un danno (eventi avversi), che quelli che non hanno prodotto alcun danno (quasi eventi"/near miss).

Lo spirito che anima i dettati normativi citati è quello di contemperare tutte le esigenze, ovvero:

- promuovere la sicurezza delle organizzazioni,
- garantire la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio),
- orientare la disponibilità dei dati alla rappresentazione dell'impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento.

In ossequio a tali raccomandazioni, la Direzione ha quindi predisposto e implementato un apposito Piano di Miglioramento PR.SQ.10 finalizzato alla promozione e gestione del rischio, frutto della raccolta di informazioni provenienti da diversi ambiti e fonti quali ad esempio: mappatura aeree/attività a rischio, reclami, segnalazioni di utenti, risultati indicatori, controlli della documentazione clinica, audit interni,

La stesura di detto Piano di Miglioramento ha implicato la definizione di una visione strategica, il mantenimento di un processo di crescita culturale, la costruzione di un percorso di condivisione interno, la definizione di obiettivi mirati e verificabili, la capacità di allineare e promuovere l'utilizzo integrato dei principali e più efficaci strumenti per la gestione del rischio.

Alla realizzazione del Piano di Miglioramento collaborano le principali componenti del sistema sicurezza aziendale: l'Ufficio Qualità e Accreditamento, il Servizio di Prevenzione e Protezione, il gruppo del Risk Management, il Servizio Tecnico, Direzione di Struttura e Direzione Sanitaria. Ciò

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 4 di 30



nella consapevolezza che solo una operatività integrata può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina agli utenti ed agli operatori, contribuire, anche indirettamente, ad una diminuzione dei costi e, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare cure sicure, appropriate, efficaci ed efficienti.

La Direzione, in collaborazione con i professionisti, ha identificato alcune aree di rischio la cui rilevanza ai fini della sicurezza è evidenziata, sia per le attribuzioni che la letteratura, le Raccomandazioni ministeriali e regionali, ed il quadro normativo attuale (compreso l'accreditamento istituzionale) loro affida, sia per l'attinenza con il contesto, i processi e la tipologia di servizi – prestazioni erogate dalla Struttura, così da poter essere lo strumento di programmazione e applicazione operativa trasversale a tutti reparti - servizi coinvolti nelle attività di ricovero e cura rivolte ai pazienti.

Le Aree di rischio preminenti sono costituite da:

- Infezioni correlate all'assistenza ICA
- Farmaci
- Comunicazione e relazioni
- Sistema informativo
- Documentazione clinico-sanitaria
- Emergenze – urgenze
- Attrezzature e dispositivi medici
- Salute e sicurezza sul lavoro
- Clinico – assistenziale
- Rischi specifici: ad esempio; cadute – lesioni da pressione – sicurezza alimentare

L'oggettiva, sistematica e continuativa ricerca e individuazione delle tipologie di rischio e delle aree di accadimento, congiuntamente alla conoscenza quantitativa e qualitativa degli eventi indesiderati, dei relativi livelli di gravità di esito, rappresentano la base metodologica per individuare le aree di rischio sulle quali intervenire prioritariamente.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 5 di 30

2. ELEMENTI DI CONTESTO

La Struttura è di recente costruzione (2002) ed offre un livello di confort alberghiero elevato e molto curato, in conformità e nel rispetto delle norme di legge vigenti e regolanti la materia socio-sanitaria ed assistenziale.

Nasce come Casa di Riposo nel 2002 ed in seguito viene autorizzata come Residenza Protetta.


Nel 2009 la gestione passa al Gruppo Santo Stefano attualmente KOS CARE e vengono acquisite nuove autorizzazioni (RSA e RIABILITAZIONE ESTENSIVA).

Attualmente i posti letto sono 129.

Reparto di Riabilitazione Estensiva in regime residenziale con 19 posti letto. La riabilitazione estensiva è intesa come “attività assistenziale complessa per pazienti che hanno superato l'eventuale fase di acuzie e di immediata post acuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito”. La riabilitazione estensiva è la fase di completamento del processo di recupero riguardante una condizione di disabilità stabilizzata. Non richiede interventi intensivi ma un moderato impegno terapeutico e si caratterizza per interventi sanitari riabilitativi per pazienti non totalmente autosufficienti, con possibilità di recupero funzionale, che non possono sostenere un trattamento riabilitativo intensivo e che richiedono di essere ospedalizzati in quanto affetti da instabilità clinica. La degenza ha una durata massima di 180 giorni, salvo motivata prosecuzione al trattamento autorizzata dai competenti servizi della ASL di residenza del paziente. L'accesso è previsto sia dall'ospedale per acuti/post-acuti che da struttura di riabilitazione intensiva territoriale; l'accesso dal domicilio è subordinato alla Valutazione Multidimensionale da parte dei competenti servizi della AST di residenza del paziente.

3. LA NOSTRA VISIONE

In linea con il principio sopra enunciato e con la nostra appartenenza ad un grande Gruppo, la nostra visione diviene:

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 6 di 30

“Sviluppare e diffondere le nostre competenze, ricercare le eccellenze, per migliorare la qualità di vita delle persone e delle famiglie”.

4. LA NOSTRA MISSIONE

Come accade per la visione, anche la nostra missione si è evoluta insieme alla crescita del gruppo cui facciamo riferimento:

“Accrescere il benessere emotivo sociale, fisico e l’autonomia di vita delle persone attraverso l’erogazione di servizi sanitari ed assistenziali di eccellenza.”

5. I NOSTRI VALORI

La Condivisione rappresenta il nostro impegno all’espressione delle idee, alla trasmissione del sapere, alla partecipazione attiva ai progetti e agli obiettivi aziendali, lavorando insieme per il benessere e la soddisfazione del cliente. Le persone colgono così una reale apertura e possibilità di interazione.

La nostra Professionalità si manifesta nel livello di competenze tecniche e specialistiche del servizio al paziente, in continuo aggiornamento e sviluppo. La nostra modalità di relazione aperta e disponibile ne rafforza l’efficacia e sostiene l’obiettivo terapeutico. Le persone ci riconoscono serietà e umanità.

Il Rispetto è per noi comprensione, accettazione e valorizzazione della diversità delle persone che ci circondano; ci induce a riconoscere il ruolo, la dignità e la libertà di ogni individuo. Le persone percepiscono modalità di comunicazione e di relazione coerenti.

La Dedizione al paziente ci porta ad orientare tutte le nostre risorse, umane e professionali, al suo servizio. Conquistiamo le persone concentrando le nostre energie per anticipare e soddisfare le loro esigenze, anche nella sfera emotiva e nell’ascolto.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 7 di 30

Il senso di Responsabilità ci rende consapevoli del nostro ruolo e del nostro agire e ci porta ad operare in modo esemplare e con integrità, consapevoli che i nostri comportamenti influenzano il benessere delle persone. Le persone si aspettano quindi da noi un approccio esemplare.

La Coerenza è per noi fedeltà ai principi e agli impegni presi e trova espressione nelle nostre azioni, in linea con i valori e le dichiarazioni aziendali. Le persone percepiscono un operato tale da assumere a modello nei comportamenti quotidiani.


La volontà di Trasparenza ci impegna alla condivisione delle informazioni per la concreta partecipazione di ognuno alla vita e al successo dell'azienda. Le persone colgono comportamenti chiari e leggibili verso i clienti, i colleghi e i collaboratori.

6. ASSETTO ORGANIZZATIVO IN AMBITO DI GESTIONE DEL RISCHIO E DI SICUREZZA DELLE CURE

L'area Risk Management del gruppo è il riferimento dell'assetto organizzativo identificato all'interno della Residenza Dorica con lo scopo di supportare il Direttore Sanitario e il facilitatore del Risk Manager nell'attuare:

1. le politiche per la sicurezza finalizzate a:

- aumentare la sicurezza delle cure del paziente;
- aumentare la sicurezza di tutti gli operatori;
- fornire indicazioni per l'attivazione e gestione dei sistemi di segnalazione di "eventi avversi" per individuare situazioni critiche e per gestirle;
- adeguare le comunicazioni e le relazioni con i soggetti interessati a quanto emerso nelle segnalazioni (utenti, operatori sanitari, fornitori, ...);
- elaborare strategie per la rilevazione dei rischi nell'ambito dei percorsi diagnostici e terapeutici;
- definire le priorità di intervento verso cui orientare gli sforzi, con particolare attenzione ai rischi con elevate probabilità di accadimento;
- assicurare la pianificazione e realizzazione in tempi brevi di azioni correttive nel caso di eventi avversi rilevanti segnalati;

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 8 di 30



- assicurare la definizione delle modalità di gestione dei rischi: dalla valutazione agli interventi atti a ridurre frequenza e gravità;
- fornire indicazioni per la pianificazione delle attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio clinico;
- migliorare l'immagine aziendale e la fiducia del paziente;
- ridurre la possibilità di contenzioso tra il paziente e la struttura.

2. le attività di cui è garante:

- attraverso raccolta e analisi dei dati sugli eventi avversi e sugli esiti delle verifiche/audit effettuati (incident reporting, infortuni operatori, esiti di verifiche su documentazione clinica, reclami, segnalazioni, ecc.);
- mediante proposta e promozione di interventi di miglioramento e di prevenzione su situazioni di criticità;
- mediante stesura della relazione annuale di gestione del rischio
- con la proposta di specifici percorsi di formazione per accrescere le capacità degli operatori nell'uso delle tecniche per la individuazione degli eventi avversi, l'analisi delle situazioni critiche e di rischio, l'introduzione di correttivi;
- con il governo della comunicazione e delle informazioni relative agli eventi indesiderati/sentinella che devono essere forniti agli organi istituzionali regionali e del Ministero preposti al monitoraggio dei rischi, secondo quanto definito nelle specifiche procedure.

Note:

Al fine di affrontare situazioni o casi di una certa gravità, condividere e gestire azioni e strategie comuni, il Direttore Sanitario - a seconda dei temi trattati e delle specifiche aree di competenza - può richiedere la collaborazione di ulteriori figure professionali.



  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 9 di 30

7. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E REGIONALI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI



Il Ministero della Salute ha elaborato, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome e altri stakeholder, delle specifiche Raccomandazioni con l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema. Le Raccomandazioni sono oggetto di revisione ed aggiornamento periodico.

Ad oggi risultano pubblicate sul sito del Ministero della Salute 19 Raccomandazioni:

CODICE	RACCOMANDAZIONE	LIVELLO DI APPLICAZIONE
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Non applicabile
2	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Non applicabile
3	Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Documento formalizzato, applicazione in evoluzione
4	Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Documento in fase di realizzazione
5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Non applicabile
6	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Non applicabile
7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Documento formalizzato, applicazione in evoluzione
8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Documento formalizzato, applicazione in evoluzione

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 10 di 30

9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Documento formalizzato, applicazione in evoluzione
10	Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Documento in fase di realizzazione
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
13	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Non applicabile
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Non applicabile
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Non applicabile
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	Procedura formalizzata, applicazione in evoluzione
18	Raccomandazione per l'utilizzo delle abbreviazioni nella gestione dei farmaci	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Procedura e schede formalizzate, applicazione adeguata

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 11 di 30

Di queste, 12 sono applicabili a Residenza Dorica, che le ha prese in carico redigendo specifici documenti che ne hanno definito le concrete modalità di attuazione.

Il monitoraggio, l'implementazione e l'applicazione delle Raccomandazioni ministeriali e regionali attinenti al contesto e dei relativi documenti interni è dunque uno degli obiettivi del Piano di Miglioramento, che si realizza appunto attraverso la costante raccolta e analisi di indicatori - non conformità – eventi sentinella con il fine di osservare i risultati conseguiti ed eventualmente a porre in essere le più opportune misure preventive e/o di miglioramento.

8. SICUREZZA DEI PAZIENTI, FAMILIARI E OPERATORI

La misurazione della sicurezza dei pazienti non è cosa semplice e richiede l'utilizzo di più fonti informative e l'accuratezza-ricercatezza nell'interpretazione dei risultati.


Le fonti informative considerate maggiormente significative sono indirizzate non solo alla quantificazione degli eventi - per supportare linee strategiche basate sulle evidenze - ma anche alla loro rappresentazione qualitativa per generare gli elementi necessari a fare emergere le criticità prioritarie sulle quali intervenire e sviluppare interventi per minimizzare i rischi.

9. DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO

9.1 INCIDENT REPORTING

Letteratura/normativa di riferimento:

DM 2 aprile 2015, n° 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri - Gestione rischio clinico).

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 12 di 30

DGR 1572/2019 “MANUALE DI ACCREDITAMENTO PER LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE (6° criterio Appropriatazza clinica e sicurezza)

Descrizione dello strumento/flusso informativo:

Definizione

L’incident reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi – definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991), o near miss – definiti come “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute 2007).

Obiettivi



La raccolta sistematica delle informazioni inerenti agli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare “massa critica” per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione, sia a livello locale che centrale.

Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall’esperienza (learning), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

La scheda di incident reporting - compresa quella in uso per segnalare i near miss sulla sicurezza e gli eventi in ambito diagnostico - si basano su una compilazione volontaria; per questa ragione sono di supporto/integrazione a monitoraggi – strumenti - specifici di utilizzo sistematico, tra i quali evidenziamo:

- Scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa da farmaci (ADR),
- Rapporto di incidente o di mancato incidente da parte di operatori sanitari al Ministero della Salute

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 13 di 30

- Moduli di registrazione Non Conformità
- Modulo di segnalazione infezione
- Scheda di segnalazione cadute
- Modulo di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori
- Check-list di verifica documentazione sanitaria



Sistematicamente sono monitorati e analizzati indicatori e/o non conformità che, in considerazione alle peculiarità del contesto di riferimento, possono comprendere ambiti quali ad esempio:

- infezioni delle vie urinarie,
- infezioni da Clostridium difficile,
- infezioni delle lesioni da pressione insorte durante il ricovero,
- cadute occorse ai pazienti ricoverati,
- episodi di aggressività e/o violenza a danno degli operatori,

TIPO DI EVENTO	N	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near miss	1	<ul style="list-style-type: none"> • Strutturali (25%) • Tecnologici (0%) • Organizzativi (25%) • Procedure/Comunicazione (50%) • Altro (%) 	Formazione continua del personale	Sistemi di reporting 100%
Eventi avversi	3		miglioramento protocolli interni manutenzione infrastrutture	
Eventi sentinella	0		rivalutazione periodica della contenzioni	

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Il ridotto numero di segnalazioni ha indotto la Direzione ad attuare un evento formativo ad hoc per intervenire sulle possibili cause (insufficiente diffusione della cultura del rischio clinico, inadeguata conoscenza degli strumenti di segnalazione, difficoltà tecniche nell'utilizzo delle apposite schede).

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 14 di 30

Valutazione dei risultati e prospettive future

Nella necessità di mantenere elevato, tra gli operatori sanitari, il grado di sensibilizzazione e di consapevolezza verso il ruolo cruciale per un utilizzo corretto della Scheda di incident reporting, verranno portati avanti la diffusione, il rilancio e il consolidamento della cultura della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio nella pratica clinica, attraverso un'attività formativa ad hoc.

9.2. SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE

Letteratura/normativa di riferimento



Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali luglio 2009 - Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella Ministero della Salute Raccomandazione n. 13, novembre 2011 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.

Descrizione

Ai fini della prevenzione e del contenimento del rischio la Struttura si è dotata di una scheda per la segnalazione di tutte le cadute, indipendentemente dal fatto che abbiano causato o meno un danno al paziente. La scheda di segnalazione caduta viene compilata sollecitamente dal personale infermieristico e medico in servizio al momento dell'evento, raccogliendo informazioni esaurienti e avvalendosi, per la descrizione della dinamica, dei resoconti del paziente, in tutti i casi in cui ciò sia possibile e, in caso di impossibilità ad interagire, di altre persone che abbiano assistito all'accaduto. Al verificarsi di un evento sentinella, ovvero "Morte o grave danno per caduta del paziente", l'evento viene segnalato anche attraverso la "Scheda A SIMES di Segnalazione dell'evento sentinella e la Scheda B SIMES di analisi delle cause e dei fattori contribuenti e del piano d'azione.

Obiettivi

La segnalazione dell'evento attiva un processo finalizzato all'analisi ed alla prevenzione dei rischi di cadute, che supporta i professionisti nell'individuare le situazioni e/o i comportamenti precipitanti che ne possono aumentare notevolmente il rischio.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 15 di 30

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e possono determinare conseguenze dannose, immediate e tardive, anche gravi. La valutazione del paziente e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali e ambientali sono utili per prevenire e contenere il rischio caduta.

La capacità di una gestione tempestiva del paziente caduto e l'attuazione di un'assistenza appropriata sono gli altri fattori rilevanti da non perdere di vista.

È fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano e tengano viva la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato, costante e attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

ANNO	DESCRIZIONE	NR. CADUTE
2023	Totale di cadute degenti	9
	Totale di cadute di degenti con esito nessun danno	8
	Totale di cadute di degenti con esito da minore a moderato	0
	Totale di cadute di degenti con esito grave	1

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

È stato dato seguito:

- all'individuazione dei pazienti a rischio di caduta;
- all'adozione di misure preventive;
- all'identificazione delle principali cause di caduta;
- al monitoraggio relativo al numero e cause di caduta;
- all'adozione dell'intervento più opportuno in caso di caduta;
- alla riduzione dei danni da caduta;
- all'empowerment di operatori e pazienti nella prevenzione delle cadute;
- alla condivisione ed analisi delle cadute anche al fine di verificare l'efficacia del processo e individuare gli eventuali ambiti di miglioramento;
- all'attenta gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito della caduta, anche per prevenire - attenuare eventuali contenziosi;

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 16 di 30

- al monitoraggio degli indicatori che misurano l'incidenza di tutte le cadute occorse, e la raccolta dei dati riferiti agli esiti stratificati per reparto – piano di degenza, per osservare i risultati conseguiti ed eventualmente attuare le più opportune misure proattive e/o di miglioramento.

È stato rivisto ed aggiornato il contenuto della Procedura Prevenzione e trattamento delle cadute accidentali. (È stato attivato un sistema informatizzato di rilevazione, monitoraggio, ed analisi periodico con report annuale vedi CITRIX)

Valutazione dei risultati e prospettive future

Consolidare gli strumenti preventivi per la valutazione del rischio caduta adottati e l'adesione alle buone pratiche implementate. Attuare la sorveglianza dei rischi ambientali. Proseguire il monitoraggio e l'analisi degli indicatori che misurano l'incidenza di tutte le cadute occorse.

9.3. SCHEDA DI SEGNALAZIONE CASI DI ALLONTANAMENTO

Letteratura/normativa di riferimento

Costituzione Italiana art.2, 13, 32

Legge 203 del 14/11/12

Descrizione dello strumento/flusso informativo

A seguito dell'allontanamento del paziente senza autorizzazione sanitaria il personale effettua una valutazione di rischio di probabilità che l'allontanamento possa determinare una situazione di compromissione della sicurezza e dell'incolumità del paziente stesso e/o di pericolo per la salute pubblica. Dopodiché mette in atto azioni differenziate in rapporto alle specifiche evenienze, alla capacità di agire, al grado di libertà e alle condizioni di salute del paziente.

Al fine della gestione dell'allontanamento del paziente e per l'eventuale effettuazione di una denuncia di scomparsa, la Struttura si è dotata di una scheda di segnalazione che consente la raccolta di dati determinanti, quali ad esempio:

- generalità (cognome, nome, età, sesso, nazionalità)
- descrizione della persona che si è allontanata, con precisazione ove possibile

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 17 di 30

- dell'abbigliamento al momento dell'allontanamento
- capacità di agire
- stato di salute e condizioni di particolare disabilità
- informazioni indicative relative al tempo ed al luogo di allontanamento
- elementi potenzialmente indicativi di allontanamento con altre persone.

Obiettivi

La segnalazione dell'evento attraverso la scheda supporta i professionisti nell'individuare le situazioni e/o i fattori predisponenti che possono aumentare notevolmente il rischio di allontanamento e di analizzarne gli effetti.

Ogni evento è infatti oggetto di una accurata disamina per:

- approfondirne le dinamiche,
- individuare le eventuali lacune organizzative: punti di debolezza e criticità,
- verificarne la "casualità",
- valutare le ripercussioni ed il potenziale rischio di reiterazione,
- rivedere il modus operandi.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

L'allontanamento di un paziente preso in carico da una struttura sanitaria senza che il personale ne sia stato messo a conoscenza rappresenta un evento che implica diverse problematiche per il paziente e per l'organizzazione stessa. Per questo la gestione di possibili casi di allontanamento è stata regolamentata in una procedura che identifica una progressione di fasi operative che includono tra le altre: evidenza di allontanamento, preallarme, allarme, comunicazione con i familiari - rapporto con i mass media, denuncia alla Polizia locale o all'Autorità giudiziaria, chiusura dell'iter, responsabilità/strumenti.

ANNO	NUMERO CASI
2023	0

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 18 di 30

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Si è continuato a tenere sotto controllo la frequenza dei casi di allontanamento attraverso il monitoraggio degli specifici indicatori.

Valutazione dei risultati e prospettive future

Tenere sotto controllo la frequenza dei casi di allontanamento ed il loro esito attraverso il monitoraggio di specifici indicatori, la cui analisi consente di individuare gli ambiti di miglioramento e/o di criticità, consente di stabilire programmi sempre più adeguati ed efficaci.

9.4. SEGNALAZIONE DI INCIDENTE O MANCATO INCIDENTE RIGUARDANTE I DISPOSITIVI MEDICI

Letteratura/normativa di riferimento

Raccomandazione n. 9 - aprile 2009 - RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI CONSEGUENTI AL MALFUNZIONAMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI/APPARECCHI ELETTROMEDICALI.

Art. 11, D.Lgs. 507/92 “Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento della legislazione degli Stati membri relative ai DM impiantabili attivi”.

Artt. 9 e 10, D.Lgs. 46/97 “Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i DM”.

Art. 11, D.Lgs. 332/00 “Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico diagnostici in vitro.

Circolare del Ministero della Salute 27 luglio 2004 “Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici”.

Decreto ministeriale 15 novembre 2005 “Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro”.

Linea Guida sul sistema di vigilanza dei DM - Direzione Generale Impresa e Industria della Commissione Europea - MEDDEV 2.12-1 rev. 7, marzo 2012.

D. Lgs. 37/10 “Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi”

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 19 di 30

Descrizione dello strumento/flusso informativo

Definizione

Gli operatori sanitari che nell'esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della Salute, nei termini e con le modalità stabilite dalla normativa.

La comunicazione è effettuata direttamente o tramite la Struttura sanitaria ove avviene l'incidente segnalato, nel rispetto di eventuali disposizioni regionali che prevedano la presenza di referenti per la vigilanza sui dispositivi medici. La stessa deve essere inviata anche al fabbricante o al suo mandatario, anche per il tramite del fornitore del dispositivo medico.


Fra i compiti in carico all'operatore sanitario vi è anche quello di comunicare al fabbricante o al mandatario ogni altro inconveniente che, pur non integrando le caratteristiche dell'incidente, possa consentire l'adozione delle misure atte a garantire la protezione e la salute dei pazienti e degli utilizzatori.

La normativa stabilisce gli obblighi in materia di vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici per il fabbricante o suo mandatario, in particolare la comunicazione immediata all'autorità competente di tutti gli incidenti di cui sono venuti a conoscenza e di tutte le azioni correttive di campo che sono state intraprese per scongiurare o ridurre i rischi di decesso o serio peggioramento dello stato di salute associati all'utilizzo di un dispositivo medico. In capo al fabbricante vi è anche la responsabilità della gestione di tutti gli altri inconvenienti che non integrano le condizioni per essere considerati dei veri e propri incidenti ma che potrebbero richiedere delle idonee azioni correttive.

Obiettivi

Gli obiettivi della vigilanza sui dispositivi medici sono:

- incrementare la protezione della salute e sicurezza dei pazienti e degli utilizzatori, riducendo la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in posti diversi in tempi successivi;
- permettere la condivisione delle informazioni tra l'Autorità competente (Ministero della Salute) e i fabbricanti, in modo tale da rendere quanto più tempestiva possibile l'applicazione delle azioni correttive.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 20 di 30

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

Le modalità di segnalazione inerenti le attività di vigilanza sui dispositivi medici è disciplinata nel Manuale Tecnico. All'interno del Sistema di Vigilanza il processo di segnalazione del singolo operatore sanitario e/o dell'utilizzatore finale consente di individuare precocemente e tempestivamente eventuali problemi dei dispositivi medici che possono mettere a rischio la sicurezza di pazienti ed operatori, ed avviare le opportune azioni correttive da parte del fabbricante e/o dell'Autorità Competente (Ministero della Salute).

Lo strumento della segnalazione può ridurre la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi.

I problemi correlati ai dispositivi medici possono essere difetti/malfunzionamenti di lieve entità oppure incidenti o mancati incidenti che hanno compromesso o rischiato di compromettere gravemente la sicurezza dei pazienti o degli operatori.

Nei casi di lieve entità le non conformità vengono segnalate direttamente alla ditta produttrice/fornitrice. Nel caso di eventi di elevata gravità i Rapporti di incidente/mancato incidente vengono notificati al Ministero della Salute.

Quando l'operatore sanitario rileva, durante l'utilizzo di un dispositivo medico, un incidente e/o malfunzionamento tale da mettere in pericolo la sicurezza propria o quella del paziente, deve compilare l'apposita Scheda ministeriale.

ANNO	NUMERO SCHEDE COMPILATE
2023	0

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Si è provveduto a proseguire il monitoraggio dei possibili difetti/malfunzionamenti di lieve entità oppure incidenti o mancati incidenti riconducibili a problematiche dovute a dispositivi medici.

Valutazione dei risultati e prospettive future

Rivalutare la valenza della documentazione interna a seguito della riorganizzazione delle modalità di gestione delle attrezzature; identificare l'eventuale presenza di ulteriori procedure del gruppo

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 21 di 30

correlate all'utilizzo dei dispositivi medici a tutela della sicurezza del paziente e del personale sanitario coinvolto; migliorare la sensibilità del personale nei confronti della puntuale segnalazione delle problematiche dovute a dispositivi medici.

9.5. SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI EPISODIO DI VIOLENZA SUL LAVORO

Letteratura/normativa di riferimento

Raccomandazione Ministero della Salute n. 8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, novembre 2007;

Accordo Quadro Europeo sulle molestie e sulla violenza sul luogo di lavoro, 2007;

D.M. 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità "SIMES";

D. Lgs 81/2008 Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro;

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - "Circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D. Lgs n. 81 del 09/04/2008 e successive modifiche e integrazioni", novembre 2010.

"Violenza e molestie sul luogo di lavoro: un quadro europeo", Eu-Osha – 2011.


Descrizione dello strumento/flusso informativo

Definizione

Il pericolo di atti di violenza nei confronti degli operatori dipende dalla tipologia di struttura, di utenza, di servizi erogati, dalla sua ubicazione e dimensione. Essendo che gli eventi di violenza/comportamenti aggressivi nei confronti degli operatori si verificano più frequentemente:

nei servizi di emergenza-urgenza (P.S., 118), nelle strutture dei dipartimenti e dei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche e nei servizi di continuità assistenziale (guardia medica, ...), nell'area di integrazione socio-sanitaria, teoricamente, gli operatori di Residenza Dorica non dovrebbero essere esposti ad alto rischio di aggressione.

La violenza sul luogo di lavoro determina conseguenze che variano notevolmente a seconda del singolo operatore: dalla demotivazione allo svilimento del lavoro svolto, dallo stress (ciò vale anche per chi è indirettamente vittima, chi assiste all'atto o all'episodio di violenza), ai danni alla salute fisica o psicologica.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 22 di 30

Nella vittima di aggressione possono svilupparsi anche sintomi post traumatici come paure, fobie e disturbi del sonno. Nei casi di violenza fisica, i fatti sono facili da accertare, mentre è più difficile prevedere come la potenziale vittima reagirà ad atti reiterati di violenza psicologica. La violenza può inoltre avere ripercussioni sull'insieme dell'organizzazione in quanto è difficile per chi lavora dare il meglio di sé in un ambiente dominato dal timore e dal risentimento.

Gli effetti negativi sull'organizzazione potranno perciò tradursi in maggiore assenteismo, perdita di motivazione e produttività, deterioramento dei rapporti di lavoro.

Obiettivi



Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso l'implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

A prescindere dalla natura e gravità del danno occorso, l'operatore vittima di episodio di violenza deve tempestivamente segnalare l'evento al Preposto di riferimento; se in grado, tramite la compilazione dell'apposita scheda di segnalazione (Scheda di segnalazione di episodio di violenza sul lavoro). La Direzione e il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, coinvolgendo le altre funzioni che ritengono di volta in volta opportune, analizzano la Scheda di segnalazione ed esprimono un giudizio sulla completezza e congruità degli elementi indicati; effettuano quindi una valutazione riguardo la presenza dei criteri tali da considerare l'episodio un "evento sentinella", per il flusso informativo SIMES verso la Regione e il Ministero della Salute.

La segnalazione degli episodi di violenza rende possibile: risalire alle cause e alle altre eventuali circostanze che, in qualche modo, hanno potuto favorire l'evento; individuare situazioni di potenziale pericolo; valutare l'efficacia delle misure di prevenzione e protezione eventualmente adottate; avere indicazioni circa ulteriori provvedimenti utili a ridurre il rischio di infortuni; valutare la modifica – aggiornamento del DVR.

Al verificarsi di un evento sentinella, ovvero di "Atti di violenza a danno di operatore", l'evento viene segnalato anche attraverso la "Scheda A SIMES Segnalazione dell'evento sentinella e la Scheda B SIMES Analisi delle cause e dei fattori contribuenti e piano d'azione.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 23 di 30

ANNO	NUMERO MODULI COMPILATI	ESITO
2023	0	

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

La Direzione ha proposto all'Ufficio formazione di attuare un evento formativo, anche online, a disposizione di tutti gli operatori al fine di diffondere il Piano aziendale relativo alla 'Violenza contro gli operatori sanitari'. A tal proposito, nello spiegare l'importanza della compilazione delle schede di segnalazione, le strategie e la prevenzione in caso di escalation della violenza, d'intesa con l'Ufficio Marketing, si propone di attuare una campagna di sensibilizzazione della popolazione sul tema attraverso la diffusione di materiali informativi e, specificatamente, di poster illustrativi da affiggere nelle strutture.

Valutazione dei risultati e prospettive future



Proseguire:

- il monitoraggio delle segnalazioni di episodi di aggressività e/o violenza sul lavoro,
- la loro valutazione al fine di identificare gli eventuali eventi sentinella (flusso SIMENS),
- la revisione dei dati raccolti anche allo scopo di individuare i contesti a maggior rischio,
- l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...;
- nell'individuazione di eventuali ulteriori interventi preventivi/ correttivi/migliorativi;
- con il feedback ai referenti di reparti e servizi.

Rivalutare la valenza della documentazione interna a seguito della eventuale presenza di procedure del gruppo correlate alla segnalazione di episodio di violenza sul lavoro

9.6. SCHEDA MODULO DI RECLAMO/SEGNALAZIONE

D. Lgs.vo 30 dicembre 1992, n° 502 e successive modifiche e integrazioni - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 24 di 30

D.P.C M. del 27 gennaio 1994 e successive modifiche e integrazioni - Principi sull'erogazione dei servizi pubblici.

D.P.C M. del 19 maggio 1995, n° 125 e successive modifiche e integrazioni - Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari.

Linee Guida Ministeriali, n 2/95 e successive modifiche e integrazioni Attuazione della Carta dei Servizi nel SSN.

Legge 11 luglio 1995, n° 273 e successive modifiche e integrazioni - Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni.

Legge 15 marzo 1997, n° 59 e successive modifiche e integrazioni - Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa (art. 17).

D. Lgs.vo. 30 luglio 1999, n° 286 e successive modifiche e integrazioni - Riordino e potenziamento di meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche.

Legge 7 giugno 2000, n° 150 e successive modifiche e integrazioni - Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni.

Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 settembre 2000 e successive modifiche e Integrazioni - Direttiva sul Programma delle iniziative di informazione e comunicazione istituzionale delle Amministrazioni dello Stato.



Decreto 12 dicembre 2001 e successive modifiche e integrazioni - Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

Legge 15 marzo 2010, n. 38 e successive modifiche e integrazioni - Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Quaderni del Ministero della Salute n. 5, settembre-ottobre 2010 - La soddisfazione degli italiani per la sanità.

Garante per la protezione dei dati personali - Linee guida in tema di trattamento di dati per lo svolgimento di indagini di customer satisfaction in ambito sanitario - 5 maggio 2011.

Descrizione dello strumento/flusso informativo

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 25 di 30

Definizione

Il cittadino-utente nei confronti delle strutture sanitarie si sente non tanto cliente, ma titolare di un diritto e si fa portavoce della necessità di miglioramento. Nell'ambito della Salute il cittadino-utente è sempre più portatore dell'esigenza di una relazione fondata sul principio di ascolto, dove la persona, debitamente informata, diventa coautore delle scelte strategiche nel percorso di diagnosi e cura.

Introdotti per garantire la trasparenza amministrativa e la qualità dei servizi e dare attuazione alle funzioni di comunicazione istituzionale e contatto con i cittadini, gli URP/Front Office assolvono varie funzioni, tra cui quelle di promuovere l'ascolto dei cittadini e i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli utenti. All'interno del processo di ascolto, i reclami rappresentano un momento fondamentale di confronto e, conseguentemente, di crescita dell'organizzazione. Avere la possibilità di identificare le attività- ambiti verso i quali verte il malessere dei cittadini, di cui il reclamo può rappresentare l'esplicitazione diretta, consente di contenere la conflittualità e di mantenere il rapporto fiduciario. Il sistema di gestione delle segnalazioni rappresenta infatti una delle fonti informative che attengono alla gestione del rischio.

La gestione delle segnalazioni dei cittadini rappresenta pertanto una delle principali fonti informative della gestione del rischio, in quanto consente di registrare gli eventi che per i cittadini hanno natura di incidente (percezione di un danno subito da un paziente, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno venga richiesto un risarcimento) e, di conseguenza, indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento.

Obiettivi

Il sistema di gestione delle segnalazioni è principalmente finalizzato a:

- favorire l'approccio attivo dei cittadini nella vita organizzativa della Struttura e garantire la loro tutela,
- dotare l'organizzazione di strumenti atti a rilevare e rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e/o di insoddisfazione espresse dal singolo utente,
- analizzare i reclami per orientare le decisioni aziendali in termine di miglioramento della qualità- sicurezza-appropriatezza ed efficienza delle cure-prestazioni erogate.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 26 di 30

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

La Scheda inoltro reclami è il documento attraverso il quale i degenti - utenti e/o familiari o qualora nominati dai legali rappresentanti o dall'amministratore di sostegno, possono formalizzare reclami per comunicare che la prestazione ricevuta non è coerente con le loro aspettative. Ciò in relazione a uno o più requisiti definiti dalla specifica del servizio, dal contratto, dal regolamento o dalla Carta dei Servizi e tenendo comunque sempre conto che l'evento può avere natura di incidente in base alla percezione di danno subito dal paziente, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno venga richiesto un risarcimento.


I reclami vengono accolti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Front Office) e/o dalle altre interfacce organizzative.

È compito dell'Front Office gestire l'intero iter del reclamo – fino all'invio della risposta all'utente che viene sempre avallata dalla Direzione.

L'iter di gestione dei reclami prevede le seguenti fasi:

- raccolta del reclamo;
- classificazione e registrazione del reclamo;
- avvio dell'istruttoria di gestione del reclamo, che a seconda della categoria può includere la collaborazione con la funzione aziendale di Risk Management;
- espletamento della procedura interna al Reparto/Servizio (circoscrivere e/o cercare di ridurre i possibili effetti, sensibilizzare il personale al fine di evitare il ripetersi dell'evento e/o situazione non conforme, adottare tutte le misure necessarie, identificando le più idonee ad evitare la persistenza dell'eventuale disservizio, ...);
- elaborazione e predisposizione della risposta;
- invio della risposta all'utente e chiusura dell'istruttoria.

ANNO	NR. UTENTI CHE HANNO FORMULATO RECLAMI	ESITO
2023	43	I reclami pervenuti sono stati valutati dalla Direzione come non rilevanti ai fini della gestione del rischio clinico.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 27 di 30

La presentazione di un reclamo genera immediatamente l'attivazione dell'istruttoria e tutte le altre attività già indicate per assicurarne la corretta e trasparente gestione.

Presso Residenza Dorica, le circostanze descritte sono state prese in seria considerazione e opportunamente vagliate dai Referenti in collaborazione con le figure interessate per la definizione delle eventuali azioni correttive ritenute necessarie e, nei casi verificatisi, la Direzione ha fornito una risposta scritta all'utente.

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Sensibilizzazione del personale interessato a:

- rilevare e a rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e insoddisfazione vissute dalla persona,
- dotarsi di "sensori" per recepire in modo tempestivo i "punti deboli" e offrire così la possibilità altrettanto tempestiva di recupero e correzione,
- migliorare la comunicazione nella pratica clinica risultata poco efficace ai fini informativi, se non nella sostanza nella percezione dell'utenza a cui destinata.

Valutazione dei risultati e prospettive future

I reclami vengono acquisiti dal sistema di Gestione del Rischio quando i referenti interessati ritengono che possano produrre, o è evidente che abbiano prodotto, effetti sulla sicurezza del paziente.

Proseguire un'attenta e sistematica analisi di tutti i reclami pervenuti, nello specifico di quelli attinenti alle sfere tecnico - professionale - relazionale e/o rilevanti ai fini della gestione del rischio per sviluppare ulteriormente la conoscenza dei rischi - anche solo potenziali -, per migliorare ulteriormente il rapporto con l'utenza e recuperare il rapporto di fiducia tra le parti a volte inficiato da fraintendimenti dovuti ad una comunicazione poco efficace. Coinvolgere i professionisti nella definizione e implementazione delle azioni individuate per la loro presa in carico - gestione.

9.7. SINISTRI

Letteratura/normativa di Riferimento Descrizione dello strumento/flusso informativo

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 28 di 30

Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità GIUGNO 2011.

98/257/CE - Raccomandazione della Commissione del 30 marzo 1998 riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo. Gazzetta ufficiale n. L 115 del 17/04/1998.

2001/310/CE - Raccomandazione della Commissione del 4 aprile 2001, sui principi applicabili agli organi extragiudiziali che partecipano alla risoluzione consensuale delle controversie in materia di consumo. Gazzetta ufficiale n. L 109 del 19/04/2001.

Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 - Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Gazzetta Ufficiale del 5 marzo 2010, n. 53.

Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 20 marzo 2008 n. 51.

Documento del Gruppo di lavoro ad hoc del Comitato di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente delle Regioni e P.A. - Percorso per la risoluzione stragiudiziale del contenzioso nelle Aziende Sanitarie.

Descrizione



Per sinistro si intende ogni possibile evento dannoso cagionato a terzi riconducibile all'attività sanitaria, comprese le attività preliminari, conseguenti, accessorie, sussidiarie e complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, anche connesse all'utilizzo e/o uso di strutture ed apparecchiature destinate al raggiungimento dei fini istituzionali.

Obiettivi

L'adozione di sistemi di monitoraggio è finalizzata a migliorare la gestione del contenzioso, oltre che di produrre dati attendibili.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

La gestione dei sinistri rientra nell'ambito del sistema di "sicurezza delle cure", nell'ottica dello sviluppo e promozione di un intervento sistemico sul rischio clinico.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 29 di 30

Riconoscere gli effetti indesiderati delle cure, mettendo in atto non solo strategie di prevenzione (attraverso strumenti di studio ed analisi del fenomeno e di trattamento delle criticità rilevate), ma anche di presa in carico degli eventi avversi - attraverso il ristoro economico del danno patito - consente di affrontare in modo più appropriato il rischio complessivamente inteso insito nell'attività sanitaria.

ANNO	NR. SINISTRI LIQUIDATI
2023	0

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Le figure che in capo all'unità operativa Residenza Dorica si occupano della gestione del rischio fanno riferimento all'area Risk Management del Gruppo e alle relative competenze messe a disposizione.

Valutazione dei risultati e prospettive future

I risultati della gestione sinistri sono soddisfacenti sotto l'aspetto quantitativo ed economico.

9.8 INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Letteratura/normativa di Riferimento Descrizione dello strumento/flusso informativo

Lotta contro le infezioni ospedaliere: Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985.



Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza Circolare Min. Sanità 30.01.1988, n.8

Piano Aziendale per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni.

DGR n. 318/2013 "Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici"

Sono in atto programmi di sorveglianza interna che riguardano:

- infezioni delle vie urinarie
- prevenzione e controllo della legionella.

  RESIDENZA DORICA	ANALISI DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA	Codice: PR.SQ.12
		Rev.:
		Rif. Doc.Sup.: PR.SQ.00
		Pagina 30 di 30

Il programma consiste nella raccolta dati per effettuare studi di prevalenza che vengono analizzati dal Gruppo Prevenzione Rischio Infettivo (GPRI). I controlli per la Legionella sono effettuati periodicamente ogni 6 mesi con campionamenti su più linee idriche (vedi DVR) e registrazione della temperatura.

INFEZIONI VIE URINARIE 2023

ANNO	NR. INFEZIONI URINARIE	NR. TOTALE PAZIENTI
2023	34	159

INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM 2023

ANNO	NR. INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM	NR. TOTALE PAZIENTI
2023	3	159